Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22364791

SCIENCES MÉDICALES.

Des accidens consécutifs de la fièvre intermittente et de leur traitement.

Quelquefois la fiévre intermittente produit des phlegmasies aigues, mais plus souvent des maladies consécutives chroniques, des hydropisies, des cachexies, des asthmes, des affections nerveuses; des phthisies, etc., etc., et surtout des engorgemens du foie et de la rate.

Dans les phlegmasies aiguës, traitement ordinaire. Dans les maladies chroniques, le meilleur est d'employer les résolutifs et les purgatifs ; les diurétiques dans l'hydropisie; l'amplâtre de Galbanum, dans l'engorgement des viscères. Si le malade est faible et qu'il ait pris peu ou point de quinquina, il faut y avoir recours, en l'unissant aux martiaux. La quinine s'est montrée efficace contre les engorgemens de la rate. Quand tout est inutile, cherchez à rappeler la fièvre intermittente avec les purgatifs salins ou la belladonne, mais ce résultat est difficile à obtenir (Hufeland).

FIN.

Questions de Thèse tirées au sort.

N° 57

9.

SCIENCES ACCESSOIRES.

DES CARACTÈRES DES EAUX MINÉRALES CONTENANT DU CARBONATE DE FER.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

DE LA GROSSESSE CONSIDÉRÉE EN GÉNÉRAL, ET DE L'INFLUENCE SUR LA SANTÉ DES FEMMES.

SCIENCES CHIRURGICALES.

COMPARER ENTRE ELLES LES FRACTURES DES MEMBRES SUPERIEURS ET CELLES DES MEMBRES INFÉRIEURS.

SCIENCES MÉDICALES.

QUELS SONT LES SYMPTOMES DE LA FIÈVRE ATAXIQUE?

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 15 MAI 1840,

PAR CANDELÉ (HIPPOLYTE-LOUIS),

né à LILLE (Nord),

Chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Toulouse:

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine,
près la Place de la Préfecture, 10.

1840.

A MON PÈRE.

H.-L. CANDELÉ.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des caractères des eaux minérales contenant du carbonate de fer.

—

Les eaux minérales contenant du carbonate de fer se rencontrent très-fréquemment dans la nature. On n'en est pas étonné, quand on sait que le sesqui-oxide de fer et son carbonate sont deux corps très-répandus, et que presque toutes les eaux minérales contiennent au moins des traces d'acide carbonique. Quelques-unes de ces eaux, outre le carbonate de fer, dissous au moyen d'un excès d'acide carbonique, contiennent, en outre, du sulfate de la même base; nous en parlerons dans la suite de cet article.

Ces eaux sont froides ou thermales: celles qui sont froides sont essentiellement toniques; celles qui sont thermales, comme celles de Balaruc et de Bourbonne-les-Bains, ne contiennent que de très-petites quantités de carbonate de fer, et renferment, outre différents sels, beaucoup de chlorure de sodium, qui leur donne des propriétés purgatives.

Les plus employées sont celles de Spa, petite ville des Pays-Bas;

De Forges, bourg près de Gournay (Seine-Inférieure);

D'Aumale (Seine-Inférieure), à huit lieues d'Amiens: celles-ci se distinguent des autres en ce qu'elles contiennent de l'acide sulfhydrique;

De Rouen (Seine-Inférieure); de Passy, près de Paris; et enfin, de Pyrmont en Westphalie.

Toutes ces eaux prises à la source sont limpides, parfaitement transparentes, d'une saveur styptique et métallique; elles s'altèrent bientôt à l'air, perdent de leur acide carbonique, se couvrent d'une pellicule irisée et laissent déposer des flocons d'ocre (carbonate de sesqui-oxide de fer).

Nous allons maintenant nous occuper des moyens de reconnaître les différents corps qui entrent dans la composition de ces eaux; ce sont: l'acide carbonique, l'acide sulfhydrique, les carbonates de fer, de chaux, de magnésie et de soude, les chlorures de sodium, de magnésium et de calcium, les sulfates de fer, de soude, de magnésie et de chaux, le sulfate d'alumine et de potasse, et la silice; plus, différentes matières organiques azotées ou non azotées. L'acide carbonique existe dans toutes; l'acide sulfhydrique ne se trouve que dans les eaux d'Aumale, auxquelles il donne l'odeur d'œufs pourris; le sulfate de fer et l'alun seulement dans celles de Passy; les autres sels, enfin, en quantité variable, se rencontrent dans presque toutes. Ces substances ne pourraient se rencontrer ensemble dans la même eau, attendu que plusieurs se décomposeraient entre elles: ainsi, le sulfate de magnésie et le carbonate de soude. On peut, au moyen de quelques essais, déterminer la présence de ces substances: pour l'acide sulfhydrique, odeur caractéristique, précipitant les sels de plomb en noir; l'acide carbonique rend l'eau mousseuse, légèrement aigrelette, rougit faiblement la teinture de tournesol et précipite l'eau de chaux en blanc. Par l'ébullition, l'acide carbonique se dégage, et les carbonates insolubles que cet acide tenait dissous (les carbonates de fer, de magnésie et de chaux) se précipitent; si l'on reprend le précipité par l'acide chlorhydrique et qu'on ajoute à la liqueur du cyanure jaune de potassium et de fer, on a un précipité bleu; on l'obtient gris-noir par l'infusion de noix de galles. Il reste dans la liqueur les chlorures de magnésium et de calcium, que l'on reconnaît par l'oxalate de potasse qui précipite le sel de chaux en blanc, et par le phosphate d'ammoniaque qui précipite aussi en blanc le sel de magnésie.

Lorsque l'eau contient du sulfate de fer en même temps que du car-

bonate de la même base, on précipite d'abord ce dernier par l'ébullition, comme nous l'avons vu ; et le sulfate de fer, en même temps qu'il donne par le nitrate de baryte un précipité blanc insoluble dans l'acide nitrique, précipite de la manière indiquée par l'infusion de noix de galles et le cyanure jaune de potassium et de fer. Si l'on verse dans la liqueur un peu de chlorure d'or, l'or revient à l'état métallique et se précipite.

Lorsqu'on a concentré la liqueur, le carbonate de soude fait effervescence avec les acides ; le sel formé n'éprouve aucune action par l'addition du chlorure de platine et du sulfate d'alumine, et lorsqu'il est desséché il colore en jaune la flamme du chalumeau, comme tous les sels de soude.

En parlant du sulfate de fer, nous avons vu la réaction du nitrate de baryte avec les sulfates. Les chlorures précipitent en blanc par le nitrate d'argent, précipité soluble dans l'ammoniaque, se colorant en noir à la lumière. Les sels d'alumine précipitent en blanc par l'ammoniaque ; le précipité se colore en bleu, lorsqu'il est calciné avec un peu de nitrate de cobalt.

En traitant par le feu le résidu de l'opération, on obtient de l'eau, de l'acide carbonique, de l'oxide de carbone, une huile empyreumatique et du bi-carbure d'hydrogène ; on obtiendrait de plus du carbonate d'ammoniaque et du cyanhydrate d'ammoniaque, si le produit était azoté.

Enfin, le résidu de l'opération, la silice est soluble dans la potasse, et forme avec l'acide fluorique un fluorure de silicium gazeux.

Voilà quels sont les caractères physiques et chimiques des eaux ferrugineuses ; du reste, elles raniment l'action de l'estomac et du tube digestif, et donnent du ton au système vasculaire. Aussi conviennent-elles dans la chlorose et chez les individus lymphatiques sujets aux engorgements ; mais qu'on se garde bien de les employer chez les personnes nerveuses, irritables, ou qui sont sous le coup d'une phlegmasie latente de quelque viscère interne.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De la grossesse considérée en général, et de son influence sur la santé des femmes.

—

L'ovule fécondé ne tarde pas à descendre dans la cavité de la matrice, lorsqu'il n'existe aucun obstacle. Mais il est une foule de circonstances qui ne doivent pas nous arrêter ici et qui peuvent empêcher sa descente ; et alors il reste et se développe tantôt dans l'ovaire, tantôt il tombe dans le péritoine; dans un cas il s'arrête dans la trompe, dans un autre il s'engage dans l'épaisseur même des parois utérines; de-là deux sortes de grossesses: l'une naturelle ou utérine, l'autre contre-nature ou extrà-utérine. Je ne m'occuperai pas de cette dernière; la grossesse naturelle seule va faire l'objet de ce travail.

Cette dernière présente à étudier des phénomènes locaux et des phénomènes généraux. Des changements nombreux s'opèrent du côté du bassin; l'utérus semble commencer une nouvelle vie; naguère il était caché dans l'excavation pelvienne entre la vessie et le rectum, maintenant il prend un volume considérable, au point d'atteindre, de dépasser même l'ombilic. Mais ce n'est pas d'une manière subite qu'arrive un si grand accroissement; il est progressif, et suit une marche régulière et uniforme jusqu'à l'accouchement. Cependant M. Desormeaux pense que, lents dans les premiers mois, ses progrès sont rapides au contraire dans les deux ou trois derniers. Du reste, voyons comment s'opère cet agrandissement : ce n'est d'abord que le corps seul qui semble s'accroître, s'élargir; ses parois s'écartent l'une de l'autre; plus tard, le col, qui ne participait pas, dans le principe, à cet accroissement, semble s'allonger d'abord; bientôt son

tiers supérieur s'élargit, et se confond pour ainsi dire avec la partie inférieure du corps; enfin, dans le courant du neuvième mois, le col a tout-à-fait disparu et est remplacé par une espèce de cercle. Mais, en s'accroissant, l'utérus s'arrondit, devient piriforme; l'orifice vaginal, devenu circulaire comme je l'ai déjà dit, se trouve, si la femme a déjà fait plusieurs enfants, inégal, mamelonné, entr'ouvert; tandis que, dans une première grossesse, il peut arriver qu'il se ferme pour ainsi dire tout-à-fait, au point que le doigt le distingue avec peine. Au moment de l'accouchement, l'utérus représente un ovale.

Par suite de cet accroissement considérable, la matrice prend une nouvelle position, de nouveaux rapports; durant les deux premiers mois, elle semble s'enfermer dans le bassin, se rapprocher de la vulve, de manière que très-souvent, mais pas toujours, on peut sentir avec le doigt que le col s'est abaissé. Au troisième mois, elle semble reprendre sa première place; cependant, à cette époque, le fond de la matrice est au niveau du détroit supérieur; puis, par un accroissement successif, elle s'élève à l'hypogastre d'abord, puis à l'ombilic, le dépasse même et va jusqu'auprès de l'épigastre, qu'elle n'atteint jamais, selon M. Velpeau. Observons pourtant que, dans le courant du neuvième mois, l'utérus semble descendre un peu, de manière que le ventre paraît perdre un peu de son volume: c'est un signe d'accouchement prochain.

Quant à sa direction, elle change aussi: c'est ainsi que dans le premier mois le museau de tanche semble se porter en avant, alors que la paroi postérieure de l'utérus fait saillie en arrière. Mais plus tard le museau de tanche s'enfonce dans l'excavation pelvienne, et le corps ne reste pas ordinairement appliqué sur la ligne médiane; il se dévie à droite ou à gauche, le plus souvent à droite, de manière que l'un de ses bords regarde en avant, l'autre en arrière, de telle sorte que l'utérus semble avoir subi une torsion sur son grand axe. L'accoucheur doit surtout avoir présente à l'esprit cette direction, quand il est dans la nécessité de faire l'opération césarienne. Je ne m'arrêterai pas à donner et à discuter les opinions diverses qui ont été émises sur la cause qui porte la matrice plutôt à droite qu'à gauche; car c'est surtout dans le premier sens qu'a lieu l'inclinaison.

Mais en même temps que l'utérus s'agrandit, s'élargit ainsi, que deviennent ses parois? Les uns, Mauriceau entre autres, prétendent que l'agrandissement ne se fait qu'aux dépens de l'épaisseur; d'autres, au contraire, soutiennent que cette épaisseur augmente. Cependant, si l'on examine l'utérus d'une femme enceinte et morte dans le dernier mois de la grossesse, on pourra reconnaître que l'épaisseur n'a ni augmenté ni diminué. Sans doute que ceux qui ont dit que l'épaisseur est plus considérable, n'ont étudié que des matrices de femmes nouvellement accouchées, lorsque ce viscère est déjà revenu sur lui-même.

Durant la grossesse, la structure de l'utérus se développe; c'est alors surtout qu'on peut étudier les différentes fibres musculaires, qui n'ont rien d'inextricable comme le prétendaient les anciens auteurs. En effet, on peut reconnaître au corps plusieurs sortes de fibres, tandis que dans le col on n'en voit que de circulaires; ses vaisseaux augmentent aussi de volume, mais se déplissent et ne présentent plus que des zigzags. C'est à cette époque encore qu'on peut examiner, étudier avec fruit ses vaisseaux lymphatiques et ses nerfs; c'est encore la grossesse qui met en évidence l'existence de la muqueuse utérine, qui alors est rouge, villeuse, qu'on peut enlever par plaques assez étendues. La membrane séreuse, qui n'est guère extensible d'après Bichat, augmente aussi d'étendue et éprouve une espèce d'hypertrophie dans son tissu.

Du reste, par suite de cette nouvelle organisation pour ainsi dire, l'utérus jouit d'une sensibilité beaucoup plus vive. Mais quelle est la cause qui amène ce développement extraordinaire? Il sera probablement impossible de la trouver jamais; d'épaisses ténèbres couvriront long-temps ce mystère de la nature. Tout ce qu'on peut dire, c'est que cette force de dilatation réside en entier dans l'organe gestateur lui-même.

De pareils changements dans l'utérus en entraînent inévitablement dans les parties voisines : c'est ainsi que les trompes, les ovaires, les ligaments ronds augmentent de volume. Mais les deux premiers organes sont retenus contre les parois latérales de la matrice par les ligaments larges; à l'époque de l'accouchement, ils ne se trouvent plus sur les côtés du fond de la matrice, mais bien sur le milieu des parties latérales de l'utérus, ce

qui est dû au développement considérable que le fond de la matrice a acquis. Le vagin, qui était raccourci dans le principe, s'allonge plus tard en même temps que l'utérus remonte; la vessie est poussée en haut et en avant; l'urètre, devenu vertical, se cache derrière la symphyse, de manière que son orifice est plus difficile à découvrir, ce que ne doit pas oublier l'accoucheur quand il veut sonder une femme enceinte. L'intestin rectum est aussi comprimé; quant aux intestins grêles, ils fuient pour ainsi dire l'utérus: une partie s'enfonce dans les hypochondres, l'autre derrière la paroi postérieure ou sur les parties latérales de l'organe. Rarement des anses intestinales viennent s'interposer entre sa paroi antérieure et celle de l'abdomen, qui, dans sa dilatation, perd beaucoup de son épaisseur: de-là, plus tard, les éventrations dont peuvent se voir affligées les femmes qui ont eu plusieurs enfants; de-là les rides, les plis, les cicatrices que l'on rencontre si souvent. En même temps le diaphragme est refoulé en haut et comprime le thorax. Le même effet est produit sur les nerfs et les vaisseaux de l'excavation pelvienne: de-là des varices, des infiltrations des membres inférieurs; de-là des contractions douloureuses dans ces parties. Il n'y a pas jusqu'au bassin qui ne se modifie; des articulations se relâchent, au point que chez certaines femmes il jouit d'une assez grande mobilité. Je ne m'arrêterai pas à discuter si ce phénomène est véritable: cette question est jugée, et Boyer, Baudelocque, Béclard, mais surtout Chaussier, ont mis le relâchement du bassin hors de doute. Tant de modifications ne peuvent avoir lieu sans que l'organisme ne s'en ressente: les yeux semblent s'enfoncer dans l'orbite; un cercle noirâtre, livide ou plombé les entoure; des taches plus ou moins larges, plus ou moins nombreuses, apparaissent sur la figure de la femme. Les seins se développent, leur auréole s'élargit et brunit; on y rencontre quelquefois des taches semblables à celles de la face. La température du corps s'élève; le goût, la digestion se pervertissent; des nausées, des vomissements surviennent. La femme n'a pas d'appétit, ou bien elle ne désire que des objets bizarres ou dégoûtants; beaucoup aiment et recherchent les mets et les boissons acides; cependant il semble que ce goût dépravé n'existe pas pendant toute la grossesse, on ne le voit que pendant les premiers mois. Plus

tard l'appétit est vorace ; les derniers mois pourtant, par suite de la compression qu'exerce l'utérus sur tous les viscères de l'abdomen, les fonctions digestives se dérangent ; le rectum, par suite de cet effet, se laisse distendre par les excréments, et une constipation mécanique s'opère. Le canal de l'urètre, comprimé au commencement, détermine une rétention d'urine artificielle ; plus tard, la vessie ne pouvant plus se dilater aussi aisément, des besoins fréquents d'uriner se déclarent. Les menstrues ne cessent pas chez toutes les femmes après la conception ; un certain nombre voit, pendant plusieurs mois, un flux de sang de moins en moins abondant remplacer l'hémorrhagie mensuelle. Lorsque les règles cessent tout-à-coup, ce qui est le cas le plus ordinaire, on voit quelquefois une pléthore remarquable s'établir, ainsi qu'une céphalalgie intense qui ne cesse que par la saignée ou un épistaxis. D'autres fois la congestion se porte sur un organe important ; on voit la femme cracher un sang rouge et écumeux, qui annonce une hémoptysie, ou vomir un sang noir, et une hématémèse venir faire craindre quelque affection de l'estomac. En général, l'hémorrhagie tend à se faire par les muqueuses ; on l'a vue aussi avoir lieu par certaines parties de la peau et jusque par la pulpe des doigts. Ces maladies pourraient parfois paraître graves ; mais elles ne sont que les succédanées d'un flux de sang naturel, et elles cessent assez promptement.

L'état moral peut présenter aussi beaucoup de changements : c'est ainsi qu'une femme gaie, aimable avant sa grossesse, devient triste, morose, acariâtre, tandis que c'est tout le contraire pour cette autre femme auparavant insociable. Il en est qui ont un besoin irrésistible de voler des objets de peu de valeur ; cependant le médecin doit être très-réservé et ne pas croire que la grossesse suffise pour amener ce penchant au vol ; car il est des femmes qui peuvent se servir de ce prétexte pour se mettre à l'abri des lois. On a même été jusqu'à dire que, chez certaines femmes, les passions pouvaient s'exalter au point de leur faire commettre des crimes atroces : un pareil bouleversement dans les idées est bien difficile à croire ; aussi que de circonspection ne doit pas avoir le médecin-légiste ! On en voit quelques-unes tomber dans un état d'idiotisme, de manie complète ; ce n'est que lorsque cette dernière affection se présente

chez la femme, qu'elle peut, ce nous semble, se porter à toutes sortes d'excès, et alors son excuse se trouve dans son état. D'autres maladies se déclarent parfois avec la grossesse et cessent avec elle : tantôt la femme souffre beaucoup d'une odontalgie, sans que les dents présentent aucune altération ; tantôt c'est une névralgie plus ou moins étendue, des convulsions ; mais ces affections disparaissent ordinairement après l'accouchement.

Dans d'autres circonstances, au contraire, c'est une maladie antérieure à la grossesse qui semble s'arrêter, rétrograder, disparaître même complétement : ainsi, c'est une femme atteinte de phthisie qui paraissait toucher à sa fin et qui revient à un état de santé florissante ; le mal semble avoir disparu pour toujours ; d'autres fois c'est une lésion organique de tout autre viscère qui suspend sa marche ; les parents de la femme se félicitent, croyant que la grossesse amènera chez la femme une révolution heureuse. Cela peut arriver, sans doute, quand on n'a pas affaire à une lésion grave ; mais le médecin doit bien réfléchir avant de se prononcer, car il arrive bien souvent que la guérison n'est qu'apparente. A peine est-elle accouchée, que le mal reparaît plus grave, et marche avec une telle rapidité que la mort ne tarde pas à s'ensuivre.

Ces phénomènes peuvent certainement se présenter chez beaucoup de femmes enceintes ; il ne faut pas croire pourtant qu'on les voit chez toutes. Combien n'en est-il pas qui, à part quelques nausées, quelques vomissements, jouissent d'une bonne santé tout le temps de la grossesse ! Combien de femmes du peuple obligées de travailler pendant tout le temps de la gestation qui n'en sont nullement dérangées ! On dirait même que ces femmes, forcées par leur position à se livrer à l'exercice, accouchent plus heureusement que celles qui restent apathiques et dans une inaction complète.

Les phénomènes que nous avons étudiés jusqu'ici, peuvent-ils suffire pour faire reconnaître une grossesse ? Sans doute, quand ils sont réunis un certain nombre et bien appréciés, ils peuvent la faire supposer, mais jamais en donner une certitude mathématique. La supposition paraît plus vraisemblable encore, quand le flux périodique est suspendu, quand le ventre

a un volume considérable; cependant il faut être très-prudent. Le plus souvent, il est vrai, les menstrues cessent après la conception; mais cette cessation peut être l'effet d'un si grand nombre d'affections, qu'il faut bien peser toutes les circonstances; d'ailleurs, combien de personnes du sexe qui veulent cacher leur grossesse, attribuent la suspension des règles, le volume du ventre à toute autre cause, à un refroidissement, à une hydropisie! Combien d'autres, au contraire, jalouses d'avoir un enfant, veulent être enceintes, parce que le flux périodique se sera suspendu, parce que le volume du ventre aura augmenté! Comment donc reconnaître la grossesse; comment la distinguer des états morbides qui peuvent en imposer au médecin ignorant ou irréfléchi? C'est à l'aide du toucher et de l'auscultation qu'il pourra y parvenir: par le toucher, il ne pourra sans doute porter durant les premiers mois qu'un diagnostic probable; mais plus tard, si on ne peut affirmer qu'il y a un fœtus dans la cavité de la matrice, on pourra du moins assurer que cet organe a acquis un accroissement considérable, et alors, si l'on peut obtenir le ballottement, si on peut reconnaître les mouvements spontanés, on peut assurer qu'il y a grossesse; car non-seulement la femme peut sentir l'enfant remuer dans l'utérus, mais encore on peut, quand la grossesse est un peu avancée, voir ses mouvements ou du moins les sentir parfaitement.

Cependant si, malgré tout cela, il reste du doute dans l'esprit de l'accoucheur, une ressource précieuse lui reste: c'est l'auscultation. Aujourd'hui tout le monde médical a reconnu l'utilité, l'importance de ce moyen que M. Kergaradec le premier mit en usage. Au moyen du stéthoscope, on peut reconnaître deux sortes de bruits dans l'utérus d'une femme enceinte: le bruit de soufflet, et le bruit du cœur de l'enfant qu'on peut comparer aux battements d'une montre enveloppée d'un linge. Je ne débattrai pas ici la question de savoir si le bruit de soufflet est produit par le passage du sang dans le placenta, s'il est dû simplement à la circulation utérine ou à la circulation placentaire: ce sont là tout autant d'hypothèses qui ne peuvent se prouver. Mais si on ne sait pas à quelle cause attribuer le bruit de soufflet, il n'en est pas de même du second bruit; celui-là est dû certainement à la circulation fœtale. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le premier

est en rapport avec la circulation de la mère; tandis que le second présente des battements presque deux fois plus nombreux dans un temps donné. Quand ces deux bruits se font entendre, on peut affirmer que la grossesse existe et que l'enfant est vivant. Cependant il ne faudrait pas conclure que le fœtus est mort, si on n'entendait que le bruit de soufflet; car les différentes positions de l'embryon peuvent mettre mille obstacles à ce que les battements parviennent à l'oreille. Néanmoins, si on ausculte à plusieurs reprises, à plusieurs jours d'intervalle sans pouvoir l'entendre, on doit rester dans le doute et ne pas affirmer que l'enfant est en vie.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Comparer entre elles les fractures des membres supérieurs et celles des membres inférieurs.

Les fractures des os des membres sont beaucoup plus fréquentes, mais moins graves que celles des autres os du corps; cependant elles ne laissent pas que d'occasionner de temps en temps des accidents plus ou moins fâcheux, la mort même : telle la fracture du fémur dans divers points. Nous allons comparer dans cet article les fractures des membres supérieurs et celles des membres inférieurs, et sous le rapport de leurs causes, de leurs symptômes, de leur gravité; mais avant, il est bon d'établir un parallèle entre les os de ces extrémités.

En les examinant, on est frappé de l'analogie qui existe entre les membres supérieurs et les membres inférieurs. Ainsi, 1° le nombre des régions est le même dans les deux parties; 2° au bras, comme à la cuisse,

un seul os est renfermé dans l'épaisseur des parties molles : cet os, dans chaque région, présente à son extrémité supérieure une tête et deux tubérosités, à son extrémité inférieure une articulation ginglymoïdale ; 3° à l'avant-bras, comme à la jambe, on trouve deux os : le cubitus à la partie supérieure représente le tibia, et le radius le péroné ; les apophyses styloïdes donnent en petit une idée des malléoles, et l'olécrane représente la rotule. Enfin, quelle analogie frappante entre le pied et la main! Sans doute il semble, au premier abord, qu'il y a de la différence entre le carpe et le tarse : dans cette dernière partie même il n'y a que sept os ; mais si l'on examine bien attentivement, on remarque quelque analogie entre ces os. Pour le reste de la main et du pied, la ressemblance est parfaite : on n'a qu'à comparer le métacarpe et le métatarse, et les phalanges de ces deux extrémités ; aussi a-t-on dit avec assez de raison : *pes altera manus.*

Quant aux différences que présentent ces deux parties, elles dépendent surtout de la diversité de fonctions qu'elles doivent remplir : ainsi, dans les appendices supérieurs, c'est la mobilité qui prédomine, tandis que c'est la solidité qui l'emporte dans les inférieurs ; ceux-ci, en outre, présentent un volume plus considérable. Aussi faut-il une force plus grande pour les fracturer, et peut-on dire en thèse générale que les fractures des membres inférieurs sont plus graves que celles des membres supérieurs.

Comparons maintenant la fracture de chaque os dans ces deux appendices ; je laisse de côté le bassin en bas, la clavicule et l'omoplate en haut, pour m'occuper spécialement des extrémités.

L'humérus, comme le fémur, peut se fracturer en plusieurs points différents : c'est tantôt la tête de l'os qui est séparée du corps, tantôt c'est un condyle qui est fracturé ; le plus souvent pourtant le corps seul de l'os est atteint. Dans les deux os, la fracture la plus grave est celle qui affecte la tête de l'os ; il arrive, en effet, assez souvent que les deux fragments ne se réunissent pas, que la tête est détruite par une véritable absorption et que la mort même en est le résultat. Néanmoins il ne faut pas croire qu'il n'y ait pas de cas de guérison : plusieurs malades ont pu conserver leur membre dans le même état qu'auparavant, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. Si le danger est presque aussi considérable pour

la fracture des extrémités supérieures du fémur et de l'humérus, il n'en est pas de même pour celle du corps de ces deux os ; dans l'appendice supérieur, une fracture simple dans le corps de l'os est presque sans danger, les symptômes sont peu graves, la réduction aisée, et il n'est pas difficile de maintenir les fragments en rapport. Il n'en est pas de même pour le corps du fémur : ici, le plus souvent la fracture est en bec de flûte, la coaptation des fragments est rendue par là très-difficile, et la difficulté est encore augmentée par le nombre et la force considérable des muscles de la cuisse ; aussi est-ce surtout pour cet os qu'on a varié les moyens de contention, et malgré tout cet esprit d'invention chirurgicale, il n'est pas rare de voir le malade ne guérir qu'à la condition de conserver une claudication plus ou moins marquée. Cependant cette solution de continuité est moins grave que celle que nous avons déjà étudiée dans l'extrémité supérieure des deux os. Dans ce dernier cas, en outre, aucun appareil ne peut être appliqué qui puisse agir exactement sur les deux fragments, tandis que le bandage maintient assez bien les deux fragments dans la fracture du corps des deux os : cette solution de continuité est moins grave encore que celle qui peut se faire dans leur extrémité articulaire inférieure. Ce n'est pas qu'ici on ne puisse appliquer un appareil plus ou moins convenable, mais c'est l'inflammation qui est à redouter ; et par suite, il peut survenir des suppurations intarissables qui amènent la mort du malade ou réduisent à l'amputation, ou bien l'inflammation peut être suivie d'une ankylose complète. Néanmoins de pareils accidents n'ont pas toujours lieu, et la guérison peut être obtenue. En général, on a soin de faire tenir le membre inférieur dans l'extension et le membre supérieur dans la demi-flexion tout le temps de la cure, de manière que le membre puisse être encore de quelque utilité au malade, si l'on pense que l'ankylose doive survenir.

Nous avons vu qu'on pouvait comparer la rotule à l'olécrane : ces deux os, lorsqu'ils se fracturent, présentent beaucoup de ressemblance par leurs symptômes et par les accidents qui peuvent survenir, tant sur le moment que par la suite. En effet, dans les deux cas, quand la solution de continuité est complète, quand surtout la membrane fibreuse qui recouvre ces

deux os a été rompue, on voit l'extension perdue dans les deux membres; et cette perte peut être faite pour toujours, si on a le soin de bien mettre autant que possible les deux fragments en rapport. Je sais bien que, dans les deux cas, la formation d'un cal osseux est assez rare; cependant les auteurs en ont rapporté des exemples. Le plus souvent la réunion a lieu à l'aide d'une substance fibreuse très-épaisse et assez forte pour que l'os puisse remplir ses fonctions comme auparavant. En outre, si la cause a été violente, il a pu y avoir écrasement, épanchement de sang dans l'articulation, et par suite tous les accidents que nous avons signalés ci-dessus.

Ainsi, on voit que ces deux fractures se ressemblent assez et pour les symptômes, et pour les accidents qui peuvent survenir, et même pour le traitement qu'on doit mettre en usage, puisque, dans les deux cas, la base des différents appareils qui ont été inventés, c'est le bandage unissant des plaies en travers.

Si ces deux fractures présentent des dangers à peu près égaux, il n'en est pas ainsi pour les solutions de continuité des os de l'avant-bras et des os de la jambe. Cette partie de l'appendice inférieur ne sert, en effet, qu'à supporter le corps et à en transmettre le poids au pied; ces deux os n'exécutent aucun mouvement entre eux. Il n'en est pas de même à l'avant-bras : ici tout semble fait pour la mobilité; ces deux os exécutent entre eux des mouvements de pronation et de supination, et la solution de continuité qui vient de les atteindre peut détruire ces mouvements. Que se passe-t-il, en effet, dans la fracture des deux os de l'avant-bras ou d'un seul bras? Les fragments sont portés vers la partie moyenne ou l'axe de cette partie de l'appendice supérieur; ils sont entraînés dans ce sens, surtout par les muscles pronateurs; l'espace inter-osseux disparaît alors, et si la fracture se consolide dans cet état, tout mouvement de pronation et de supination est perdu dans cette partie. A la jambe, un pareil accident n'est pas à craindre; quand même les deux os, en se consolidant, feraient disparaître l'intervalle inter-osseux, aucun mouvement ne serait perdu. Mais, dans cette partie, il est une fracture qui peut amener des accidents très-graves : je veux parler de la solution de continuité du péroné au tiers inférieur. Que se passe-t-il alors? Le plus souvent, en même temps que

la fracture a lieu, il y a luxation du pied en dedans, et si l'on n'avait pas soin d'employer un traitement convenable, l'inflammation de l'articulation pourrait déterminer les accidents que nous avons vus; et alors, ou bien le malade serait forcé de faire le sacrifice de son membre, ou bien le malheureux serait estropié pour le reste de ses jours.

Cela ne s'observe pas ordinairement au membre supérieur au tiers inférieur de l'avant-bras. Il est vrai que Dupuytren et M. Malgaigne ont parlé de fractures du radius près de son extrémité inférieure, fractures, selon eux, très-fréquentes et très-dangereuses, qu'on a confondues long-temps avec des luxations du poignet; cependant de pareilles solutions de continuité du radius sont beaucoup moins fréquentes que celle du péroné à son tiers inférieur : ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, dans la jambe, la fracture du péroné peut amener assez souvent des accidents qu'on n'observe que rarement à l'avant-bras, et alors c'est au chirurgien instruit à employer un appareil convenablement appliqué.

Les fractures du pied et de la main se présentent moins souvent que celles du reste des deux membres. Cela se conçoit très-bien : ici, en effet, plusieurs os sont réunis dans un petit espace, il faut une force considérable pour les fracturer, et alors il y a écrasement des parties; cependant il est un os au pied, qui peut se fracturer isolément : je veux parler du calcanéum. On ne trouve rien de semblable dans la main; mais cette fracture est peu grave et se guérit assez facilement. Quant à l'écrasement qui survient quelquefois dans les deux parties, il peut être assez considérable pour nécessiter sur-le-champ l'amputation de l'avant-bras ou de la jambe. Il est rare de voir un des os du métacarpe ou du métatarse fracturé isolément, et quand on observe une pareille solution de continuité, c'est plutôt au métacarpe; du reste, elle est sans danger ordinairement. Quant aux phalanges, leur fracture entraîne peu de péril dans les deux parties; mais, vu la longueur des doigts, elle peuve avoir lieu plus facilement à la main qu'au pied.

Nous venons de comparer ainsi la fracture de chacun des os de l'appendice supérieur à celle de son correspondant du membre inférieur; maintenant il nous faut les comparer d'une manière générale. Nous avons dit

qu'en thèse générale les solutions de continuité des os des membres supérieurs étaient moins graves, moins dangereuses que celles des membres inférieurs. Il faut, en effet, une force bien plus grande pour fracturer les os de l'extrémité inférieure que pour l'autre extrémité; mais aussi, dans le premier cas, la commotion est plus considérable, elle peut même se propager dans le cerveau; ce qui peut amener des accidents graves, la mort même. Rarement l'ébranlement est aussi violent dans les fractures des os de l'appendice supérieur : nous avons vu qu'il fallait une force bien plus grande pour opérer une solution de continuité dans le fémur ou les os de la jambe, que dans l'humérus ou les os de l'avant-bras. On conçoit donc qu'une cause aussi puissante ne peut agir sans occasionner des désordres graves dans la partie même. Ainsi, tantôt il en résulte une fracture comminutive, tantôt une fracture avec plaie et issue des fragments, tout autant de désordres qui peuvent devenir mortels. Il n'est pas jusqu'au traitement qu'on est obligé d'employer, qui ne puisse devenir dangereux. A l'extrémité supérieure, à quelques exceptions près, une fois l'appareil appliqué, le malade peut marcher, se promener, pourvu qu'il tienne la partie immobile dans une écharpe; la réunion ne s'en fait pas moins bien; le malade en est quitte pour observer le repos du membre supérieur pendant un temps plus ou moins long. Il n'en est pas de même pour les extrémités inférieures : le décubitus prolongé que le malade est obligé de garder, peut devenir nuisible, mortel même : ainsi, que de vieillards qui auraient vécu quelques années de plus et qui ont succombé à des fractures qui, pour un jeune homme, auraient été sans danger, qui auraient même été sans complication fâcheuse pour ces vieillards s'ils n'avaient été forcés de rester dans leur lit! On voit des escarres se manifester au sacrum et déterminer une suppuration qui les entraîne au tombeau; ou bien, chez quelques individus, ce sont des congestions qui s'opèrent du côté de la tête, de la poitrine, et qui terminent les jours du malade; ou bien enfin, la personne s'était bien trouvée jusqu'au moment où on enlève l'appareil, et c'est dans ce moment qu'une terminaison fâcheuse survient. Heureusement que de nos jours on peut éviter une partie de ces accidents, quand on a à traiter une fracture de la jambe. Dans ce cas, en effet, on se trouve très-bien du

bandage gypso-amidonné, qui emboîte le membre inférieur. Quand cet appareil a acquis la solidité nécessaire, le malade peut, à l'aide de béquilles, se promener dans la salle, et il n'est pas ainsi forcé d'éprouver ce décubitus si souvent mortel. Il serait à désirer qu'on pût rencontrer pour la cuisse un moyen approprié, qui maintînt exactement les fragments en rapport, tout en permettant au malade de marcher; on diminuerait ainsi d'autant les causes de mort dans les fractures.

SCIENCES MÉDICALES.

Quels sont les symptômes de la fièvre ataxique?

—

L'ataxie a servi de caractère nosologique à Pinel, pour désigner, dans le cadre de ses fièvres, les fièvres ataxiques; c'est dans ce groupe que sont diverses affections connues sous les noms de *fièvre maligne, nerveuse, cérébrale, pernicieuse, typhoïde.* Je ne vais pas, en étudiant cette fièvre, rechercher si elle doit être classée parmi les essentielles, ou bien si elle est toujours symptomatique, sous la dépendance d'une affection du cerveau ou du tube digestif; cependant il est bon d'observer que M. Andral, dans sa *Clinique*, rapporte des cas de fièvre typhoïde terminée par la mort et où l'autopsie n'a rien présenté du côté du cerveau ni du côté du tube digestif. C'est qu'en effet on accorde trop en général aux lésions locales; on veut toujours localiser, mais par ce moyen on ne voit pas la maladie, on ne voit que le résultat de la maladie, et ce résultat même, on ne peut souvent le voir à l'autopsie du cadavre. On ne peut donc se laisser guider exclusivement par ces recherches.

Mais voyons quels sont les symptômes de la fièvre ataxique. Lorsqu'elle est secondaire, on a d'abord observé les symptômes de la maladie primitive; mais quand elle est idiopathique, on voit le malade être pendant quelques jours dans la tristesse, la crainte, avoir les membres engourdis, pousser des soupirs; puis surviennent des douleurs des lombes, de la tête, des vertiges, une espèce d'hébètement, des nausées, des vomissements, etc. Le plus souvent le pouls est rare, et le malade est dans un délire tranquille ou furieux, dans l'assoupissement ou dans l'insomnie. Les yeux sont ternes ou brillants, les mains agitées de tremblements; la voix est aiguë ou rauque, la langue naturelle ou tremblante, le sens de l'ouïe obtus ou exalté, la respiration pénible ou se faisant avec assez de facilité. Durant le cours de la maladie, le pouls est très-variable; quelquefois il est intermittent, insensible; divers exanthèmes, tels que pétéchies, taches miliaires, se développent; des hémorrhagies par le nez, le rectum, le vagin et d'autres points, se déclarent.

Si la maladie continue sa marche, la surdité, quand elle existe, la stupeur et les autres symptômes s'aggravent; les narines s'obstruent; la bouche devient fuligineuse. On voit alors ces malheureux présenter des écailles brunes, noirâtres sur les dents, les lèvres et la langue; celle-ci ne sort qu'avec peine, et les malades oublient même de la retirer. Le météorisme survient, s'il ne s'est déjà déclaré. Une diarrhée fétide et l'excrétion de l'urine ont lieu à l'insu du malade. Couché sur le dos, les cuisses écartées, on le voit entraîné dans les parties les plus déclives du lit par le poids de son corps. Il fait des efforts impuissants pour s'enfuir; la prostration des forces augmente; le hoquet survient, ainsi que des sueurs glutineuses et fétides. Les taches de la peau sont livides, la gangrène attaque la peau et les muscles au sacrum et aux grands trochanters, sur tous les points enfin où repose le plus le corps, et enfin le refroidissement des extrémités annonce la mort. Heureusement que ce dernier groupe de symtômes n'existe pas toujours, ou que leur gravité n'est pas toujours aussi forte. En effet, quelquefois à la suite des symptômes énoncés ci-dessus, la peau devient souple et halitueuse et la guérison s'opère par des sueurs, par des abcès critiques, ou par tout autre moyen. Néanmoins, il est bon

d'observer que ces malades restent long-temps sans reprendre leurs forces, que leurs facultés intellectuelles sont loin encore d'être rétablies ; on en voit pleurer sans cause, être remplis de crainte, etc.

Du reste, on conçoit que la fièvre ataxique peut se compliquer de beaucoup d'autres maladies ; nous ne nous arrêterons pas à ces complications. Cependant qu'il nous soit permis de revenir un instant sur les symptômes que nous venons de décrire : nous venons de voir que tous ou presque tous semblaient dus à une affection cérébrale ; c'est ainsi que nous avons observé l'affaiblissement, la perversion, l'abolition des fonctions des organes des sens, la prostration des forces musculaires, la paralysie des sphincters des principaux réservoirs, etc. Si l'on réfléchit un peu, on sera forcé de reconnaître que la source de pareils désordres doit être le cerveau, centre des sensations et des mouvements volontaires. Mais est-ce dans cet organe même que se trouve la cause du début d'un pareil état? Doit-on croire que la fièvre ataxique soit symptomatique d'une encéphalite, d'une méningite. Oui, sans doute, cela peut arriver et n'arrive que trop souvent ; mais ce n'est pas là la seule cause d'une pareille affection : ainsi une pneumonie, ainsi une gastro-entérite, une hépatite peuvent être le point de départ, et ce n'est que lorsque le cerveau est sympathiquement irrité, devient malade à son tour, que l'ataxie se déclare. Cependant il ne faut pas croire, avec beaucoup d'auteurs modernes, que dès le moment qu'un malade sera attaqué de l'ataxie, il y aura cérébrite, encéphalite. L'anatomie pathologique, que l'on met toujours en avant, est venue prouver que les symptômes de la fièvre ataxique pouvaient exister sans que le cerveau présentât aucune altération.

Fin.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Suppléant.*	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, Président.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RÉNÉ.	*Médecine légale.*
RISUEÑO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR, *Examin.*	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN, *Suppl.*
BATIGNE, *Exam.*
BERTRAND.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER, *Examinateur.*
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALLAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Questions de Thèse tirées au sort.

N° 58

10.

Sciences chirurgicales.

DES ACCIDENTS AUXQUELS EXPOSENT LES FRACTURES AU VOISINAGE DES ARTICULATIONS.

Sciences médicales.

QUELLES SONT LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DE LA FIEVRE ADYNAMIQUE ?

n 8.

Anatomie et physiologie.

EXISTE-T-IL DES ANASTOMOSES ENTRE LA PORTION DURE (NERF FACIAL) ET LA PORTION MOLLE DE LA SEPTIÈME PAIRE (NERF ACOUSTIQUE) DANS LE CONDUIT AUDITIF INTERNE?

Sciences accessoires.

DES CARACTÈRES DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES.

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 9 MAI 1840,

par SAINT-SUPERY (Emmanuel-Eugène),

de TOULOUSE (Haute-Garonne),

CHIRURGIEN SOUS-AIDE-MAJOR;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine,
près la Place de la Préfecture, 10.

1840.